ITEM 034 : SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

Suite de couches = période allant de **2 h après l'accouchement** jusqu'au retour de couche (**6 semaines après soit 40 jours**).
- **Mortalité maternelle** = décès d'une femme pendant sa grossesse ou jusqu'à 1 an après la fin de la grossesse : **75 décès/an** en France, risque ↗ avec l'âge. Première cause = hémorragie de la délivrance > complications de l'HTA > thromboembolique.
➙ **La césarienne** est à risque augmenté de complication en post-partum par rapport à l'accouchement par voie basse.

SUIVI

- **Signes généraux** : FC, PA, T°, état général, douleur.
- **Cicatrisation périnéale.**
- **Seins** : tension, douleur, crevasses, signes inflammatoires.
- **Lochies** (saignements) : abondance, aspect, odeur.
- **Involution du globe utérin** : hauteur/consistance utérine.
- **Membres inférieurs** : signes de TVP.
- **Après une césarienne** : cicatrice, douleur, transit, mictions.
- **Appareil urinaire** : SFU, mictions, aspect des urines.

➙ **Si fièvre** : endométrite/infection urinaire haute, thrombophlébite, complication de l'allaitement (cause la + fréquente = montée de lait du 3° jour : diagnostic d'élimination).

SELON LA PÉRIODE

Post-partum immédiat < J1	Période d'hospitalisation en suites de couches < J3 à J5	Post-partum tardif > J5
- Hémorragie de la délivrance. - Infection aiguë. - Rétention aiguë d'urine.	- Hémorragie génitale ; anémie. - Troubles psychiques du post-partum. - Complication de l'allaitement. - Accident thromboembolique. - Troubles génito-sphinctériens : crise hémorroïdaire. - Infection puerpérale : urinaire, endométrite…	- Complication de l'allaitement. - Anomalie de cicatrisation. - Retour de couche hémorragique. - Aménorrhée du post-partum. - Troubles génito-sphinctériens : incontinence urinaire.

HÉMORRAGIE GÉNITALE (HG)

Atonie utérine (> 50 % des HG)

= Cause la plus fréquente d'hémorragie (>50 %), survient souvent au moment de la délivrance, mais peut apparaître de façon différée ou succéder à une hémorragie de la délivrance maitrisée (< 3 j post-partum).
FdR : multiparité, accouchement dystocique, sur distension utérine (macrosomie, hydramnios, jumeaux), RPM, travail long ou très rapide, malformation utérine, tocolytiques, âge maternel élevé.
- Clinique : absence de globe de sécurité : utérus non rétracté, mou, dépassant l'ombilic.
- Sans fièvre, ni lochies malodorantes, ni douleur pelvienne (= pas de signe d'endométrite).
- **Échographie pelvienne** : éliminer une rétention placentaire (membranes, cotylédon).

TTT : - **Massage utérin,** utéro-tonique = **ocytocine, analogue de prostaglandine.**

Rétention placentaire

- Se définit par la persistance de fragments cotylédonaires ou membranaires.
- Favorise l'atonie utérine et l'endométrite.
- Pas de signe clinique spécifique, diagnostic sur **l'échographie pelvienne** (systématique si fièvre/HG !)
- TTT : **révision utérine** prudente au doigt ou à la curette mousse sous contrôle échographique +/- hystéroscopie, sous antibioprophylaxie, principal risque : synéchies utérines.

Hémorragie génitale précoce (< 24 h)

5 % des accouchements : 500 mL <24 h après l'accouchement.
- **Atonie utérine** et/ou **rétention placentaire secondaire.**
- **Endométrite hémorragique** (TTT : ATB + utérotoniques : ocytocine, misoprostol).
- Plaie de la filière génitale.
- Autres (rare) : **faux anévrisme de l'artère utérine**, **choriocarcinome**, **coagulopathie.**

➙ Toute hémorragie du post-partum ou endométrite doit faire évoquer une rétention placentaire partielle inaperçue (diagnostic échographique).

Hémorragie génitale tardive (24 h – 12 semaines)

0,5-2 % des accouchements.
- Étiologies identiques à l'hémorragie précoce : atonie utérine (<3 jours post-partum), rétention placentaire, endométrite hémorragique.
Cas du retour de couches hémorragique : retour des règles après l'accouchement, généralement dans les 6 à 8 semaines, souvent retardées en cas d'allaitement, pas de fièvre/douleur.
- **Échographie** : éliminer une rétention placentaire ou une endométrite.
- TTT : **œstrogènes** (en l'absence de contre-indication).

Bilan pour une hémorragie >2 h post-partum : NFS, CRP, bilan de coagulation + **échographie pelvienne**.
+/- **hCG** si hémorragie secondaire inexpliquée (choriocarcinome ?)
Causes rares : faux anévrismes de l'artère utérine/fistules artérioveineuses, choriocarcinome, coagulopathies.

INFECTIEUSE

Endométrite aiguë

= 1re cause de fièvre du post-partum : début souvent précoce vers **J3-J5.**
Le diagnostic est avant tout clinique.
- FdR : . Rupture prématurée des membranes.
. Chorioamniotite, absence de prophylaxie perpartum du streptocoque B.
. Manœuvres endo-utérines, accouchement dystocique.
. Rétention placentaire partielle (souvent inaperçue).

		C	- **Syndrome infectieux discret, hyperthermie modérée à 38 °C.** - **Gros utérus** mou et douloureux spontanément et à **la mobilisation utérine**, col béant, douleurs pelviennes peu intenses. - **Lochies** abondantes, nauséabondes et sales (fétides), parfois hémorragiques. - Complication : . Infectieuse : **pelvipéritonite**, **bactériémie.** . **Thrombose pelvienne.**
		PC	- **NFS-CRP, ECBU, hémocultures** si T° > 38,5 °C. - **Échographie pelvienne** systématique : recherche une rétention placentaire. - **Prélèvement bactériologique vaginal ± des lochies** : TDR de SGA (le plus redouté), néanmoins culture souvent poly-microbienne (entérobactéries (BGN), streptocoque A, B, entérocoques (cocci gram +), anaérobies, mycoplasme, chlamydia…)
		TTT	→ **Hospitalisation** quasi-systématique en secteur conventionnel. - **Antibiothérapie IV** : sans attendre les résultats du PV : • **Augmentin** (3-6 g/j), compatible avec l'allaitement maternel. • Si contre-indication (allergie) : **clindamycine + gentamicine** (avis spé si allaitement). • Relai oral dès qu'absence de fièvre, à adapter à l'antibiogramme. • Durée : **5 à 10 jours** (minimum 48 h d'apyrexie et disparition des douleurs). - Pas de TTT utérotonique systématique ++ (à discuter si endométrite hémorragique). - Anticoagulation préventive à discuter selon l'état veineux de la patiente. **Surveillance** T°, hauteur/tonicité/sensibilité utérine, lochies, signes de thrombose. → **Évolution** rapidement favorable, sinon : deux diagnostics à évoquer : • Thrombophlébite pelvienne (diagnostic par angio-TDM/IRM). • Rétention de fragments placentaires (diagnostic par échographie pelvienne).
	Pyélonéphrite		= Fréquente dans le post-partum. - Favorisée par sondages évacuateurs répétés (surtout en cas de péridurale). - Clinique : pollakiurie, brûlure mictionnelle, douleurs lombaires, fièvre élevée (38,5°), urines troubles. - Diagnostic par BU/ECBU. - Échographie rénale pour éliminer un obstacle. - ATB à adapter en cas d'allaitement (C3G ± aminosides pendant 10-14 j).
	Autres		- Complication infectieuse de l'allaitement : **lymphangite, galactophorite, abcès mammaire.** → Cause la +fréquente de fièvre post-partum = montée de lait à J2-J3 post-partum, résolutive en qq jours - **Infection de la cicatrice de césarienne** : chercher un **abcès/hématome de paroi.** - **Infection de la cicatrice d'épisiotomie** ou **de déchirure génitale** : désunion de cicatrice (possiblement favorisée par un hématome périgénital), fièvre peu fréquente, possible. → Toute infection rapidement évolutive avec un purpura et/ou décollement cutané doit faire rechercher et traiter un SGA (risque de choc toxique) ou un staphylocoque doré.
THROMBOEMBOLIQUE	= Période de **haut risque thromboembolique** : état d'hypercoagulabilité physiologique persistant jusqu'à **6-8 semaines.** - Toujours évoquer une complication thromboembolique en cas de **fièvre** post-partum. **- FdR** : • **Majeurs** : antécédent thromboembolique, thrombophilie, immobilisation prolongée. • **Mineurs** : âge > 35 ans, obésité, multiparité, varices, sepsis, accouchement dystocique ou par césarienne (surtout en urgence), cardiopathie, prééclampsie, hémorragie, endométrite, PMA, tabagisme. **- Prévention** : lever précoce de toutes les accouchées, contention veineuse d'indication large +/- héparine selon FdR. - **AVK** : La **warfarine** et **l'acénocoumarol** ne diffusent pas dans le lait = non contre-indiqués (contrairement à la fluindione).		
	Thrombose veineuse superficielle		- Cordon induré rouge, chaud, douloureux survenant sur un trajet de veine superficielle. - **Echo-Doppler des MI** systématique : recherche d'une extension (surtout en cas de thrombose saphène interne s'étendant à la crosse) ou d'une association à une TVP. - TTT : **anti-inflammatoire locaux**, **contention veineuse** ± **anticoagulation** (non obligatoire, 2-3S).
	Thrombose veineuse profonde		= Complique **1 %** des grossesses, dans **2/3 des cas** dans le post-partum, surtout la **2e semaine ++.** - Douleur/inconfort unilatéral du mollet/pli de l'aine, œdème/inflammation unilatérale ± fièvre modérée. - **Echo-Doppler** pulsé (ne retarde pas le TTT si suspicion forte) : recherche de caillot flottant (risque d'EP). - TTT : **HBPM** avec relai précoce par **AVK** (min 3 mois), **contention veineuse** (force III).
	Thrombose veineuse cérébrale		- Rare, mais **sévère.** - **Céphalées** : symptôme le plus fréquent et le plus révélateur, sans profil évolutif spécifique. - **HTIC** (vomissements, troubles de la conscience) **et/ou déficit neurologique** focal voire **crise convulsive.** - Diagnostic fait à **l'IRM en particulier** : sinus **longitudinal** supérieur le plus souvent atteint. - Prise en charge par **anticoagulation efficace** + TTT de l'œdème cérébral **(mannitol, corticothérapie).**

	Thrombose veineuse pelvienne	= Thrombose au niveau du **ligament lombo-ovarien** : complique souvent une endométrite. - Diagnostic difficile : à évoquer devant une endométrite sévère, résistante au traitement (absence d'apyrexie ≥ 5 jours) ou associée à des signes urinaires et rectaux. **- Complications graves** (urgence TTT) : **extension** (veine cave, veines rénales, veines ilio-fémorales, EP), infarctus ovarien, **choc toxi-infectieux** avec **défaillance multiviscérale.**	
		C	- **Douleur pelvienne** importante ± **signes urinaires** (SFU, globe) et **rectaux** (ténesme, épreinte). - **TV** : palpation du cordon dur et douloureux le long de la paroi pelvienne, douleur latérale.
		PC	- **Angio-TDM pelvien** ou **angio-IRM** : confirmation diagnostic, caractère flottant du caillot dans la veine cave inférieure et éliminer un abcès profond.
		TTT	- **Antibiothérapie** pendant 7 à 14 jours : IV, large spectre intégrant le staphylocoque. - **Héparinothérapie curative pendant la durée de l'ATB puis relais AVK.**
AUTRE	- **Troubles psychiques** du post-partum : baby-blues, dépression du post-partum, psychose puerpérale confuso-délirante. - **Troubles de cicatrisation** : **désunion de cicatrice, hématome** (favorise la désunion de plaie)**, abcès.** - **Rétention aiguë d'urine** : surtout dans les 1res heures du post-partum. - **Anémie ferriprive** : dépistage systématique ➙ clinique et **NFS à J2.** - **Incontinence urinaire** et/ou **anale** : souvent transitoire, amélioré par la rééducation abdomino-périnéale (PEC à 100 %). - **Crise hémorroïdaire** (fréquent) : douleur anale invalidante ➙ veinotonique (Daflon®), antalgique local (Titanoréïne®).		
	Absence de retour de couche	= Aménorrhée du post-partum : pas de retour de couche à **5 mois** si allaitement maternel/à **3 mois** sinon : - **Nouvelle grossesse** : dosage systématique de **l'hCG.** - **Synéchie utérine totale** (rare). - Aménorrhée anovulatoire : **hyperprolactinémie**, **retard simple**, **syndrome de Sheehan.**	
		Syndrome de Sheehan	= Nécrose du lobe antérieur de l'hypophyse 2ndr à un choc hémorragique survenu lors de l'accouchement : tableau **d'insuffisance antéhypophysaire globale.**

HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE

= **Hémorragie d'origine utérine** survenant **dans les 24 h suivant la naissance** avec pertes **> 500 mL**, « sévère » si **> 1000 mL.**
- **5-10 %** des accouchements, met en jeu le pronostic vital = 1re cause mortalité maternelle en France.

ÉTIOLOGIE	- La délivrance nécessite 4 conditions = **délivrance complète, vacuité utérine complète, bonne rétraction utérine** et **coagulation sanguine normale** ➙ si l'une des conditions manque = risque d'hémorragie de la délivrance. *Facteurs de risque d'hémorragie de la délivrance* : (mais > 50 % des cas = aucun FDR retrouvé) : - Utérus cicatriciel. - ATCD d'hémorragie de la délivrance. - Travail déclenché, prolongé ou trop rapide. - Épisiotomie/déchirure périnéale importante. - Sur-distension utérine (grossesses multiples, hydramnios, macrosomie fœtale). - Forceps/ventouses, placenta prævia. - Césarienne. - Fibromes. - Grande multiparité. - Absence d'injection d'ocytocine à la naissance. - Hyperthermie (chorioamniotite).	
	Atonie utérine	= Anomalie de la contraction utérine = absence de globe utérine de sécurité ➙ cause la plus fréquente.
	Rétention placentaire	= Anomalie de la délivrance = utérus non vide. - **Rétention placentaire totale** : absence de délivrance spontanée complète dans les 30 minutes suivant la naissance ➙ **délivrance artificielle.** - **Rétention placentaire partielle** : délivrance incomplète et rétention d'un fragment (cotylédon et/ou fragment de membrane : examen soigneux du placenta après délivrance) ➙ **révision utérine.**
	Troubles de coagulation	- 2 troubles à redouter : **CIVD** ou **fibrinolyse** ➙ cause et/ou conséquence des hémorragies obstétricales. - Situation à risque : prééclampsie, infection grave, hématome rétro-placentaire, embolie amniotique.
	Inversion utérine	= Exceptionnelle : extériorisation de la surface interne de l'utérus à la vulve. - Circonstance favorisante : atonie utérine, traction excessive sur le cordon lors de la délivrance. ➙ **Réduction immédiate** et prévention de la récidive par **ocytocique.**
TTT	**- Estimation des pertes** (sac collecteur, attention souvent **sous-évaluées**) ; Importance de la **temporalité** de la PEC ++. - Prévenir tous les intervenants++ : prise en charge conjointe/simultanée. - Nécessité d'au moins 1 VVP +/- remplissage (cristalloïdes). ➙ Après césarienne, rechercher un hémopéritoine (écho abdominale : Morrison/gouttières).	

	1er temps	Assurer la vacuité utérine	= En urgence sous anesthésie : main abdominale maintenant le fond utérin et main dominante gantée remontant le long du cordon ombilical en « main de l'accoucheur ». - **Délivrance artificielle** sous anesthésie si hémorragie avant expulsion placentaire. - **Révision utérine** sous anesthésie (± répétée) si hémorragie après expulsion du placenta ou après délivrance artificielle. ➞ Sauf exception (suspicion de placenta accreta), l'utérus doit être vide.
		PEC de lésion génitale	- **Inspection sous valve** du col et du vagin : déchirure du col ou des parois vaginales. - **Suture** d'épisiotomie ou de déchirure périnéale ; Si **césarienne** : recherche hémopéritoine.
		Contraction utérine	- **Perfusion d'ocytocine** (Syntocinon®) : **5 -10** UI en IVL, à renouveler 1 fois si besoin. - **Massage utérin** par mouvements circulaires jusqu'à obtention d'un globe tonique. - **Sondage urinaire** à demeure.
		Si échec : Réanimation médicale	- Mise en condition : **2e VVP, scope** (pouls, TA, diurèse), **oxygénothérapie.** - Bilan : **NFS, groupage sanguin, RAI, TP, TCA, fibrinogène.** - **Soluté de macromolécule** ou **transfusion sanguine** si besoin. - Correction d'une coagulopathie associée : **fibrinogène, PFC, acide tranexamique (1 g IV).** - Si **hémorragie sévère > 1 L : CGR, acide tranexamique** et **fibrinogène** d'emblée**.**
	2e temps	= En cas d'échec des mesures précédentes **à 15-30 minutes** sous ocytocine : - **Prostaglandine E2** = **sulprostone** (Nalador®) IVSE (et poursuite ocytocine 10-20 UI/2 h)➞ CI si ATCD d'IDM. - Recherche et traitement de trouble de coagulation : **CIVD** ou **fibrinolyse réactionnelle.**	
	3e temps	Si persistance de l'hémorragie > 30 min après sulprostone. - **Compression par ballon de Bakri** (ballon gonflé dans l'utérus) : temporaire, si les autres techniques ne sont pas disponibles ➞ permet le transport de la patiente (contre-indiqué si chorioamniotite). - **Radio-embolisation sélective des artères utérines** par voie fémorale en radiologie interventionnelle. ➞ A privilégier si accessible, état hémodynamique stable et transport médicalisé possible rapidement, surtout si accouchement par voie basse ou lésion cervico-vaginale. - **Compression chirurgicale : ligature chirurgicale des artères utérines**, voire des **ligaments ronds et utéro-ovariens**, voire des **artères hypogastriques.** ➞ Surtout en cas de non accessibilité ou d'impossibilité de radiologie interventionnelle ou d'hémorragie de la délivrance au cours d'une césarienne. - **Hystérectomie d'hémostase** : en dernière intention si persistance du saignement (++ si instable, CIVD).	
PRÉVENTION		- **Surveillance systématique** de la délivrance (examen du placenta) et **2 h** post-partum en salle de travail. - **Quantification des pertes sanguines** en salle de naissance par poche de recueil marquée à 500 mL. - **Délivrance dirigée systématique** recommandée pour toutes les patientes au moment de l'accouchement (AVB et césarienne) : administration d'**ocytocine** (5 à 10 UI en IVL) dès la sortie de l'enfant (sortie des épaules). - **Révision utérine** systématique en cas de doute sur l'intégrité du placenta et/ou des membranes. - **Délivrance artificielle** systématique en cas de non-décollement placentaire > 30 minutes après accouchement.	